Santé, Société et Solidarité

Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?

Dossier « Inégalités sociales de santé »

Pierre Lombrail, Thierry Lang, Jean Pascal

Citer ce document / Cite this document :

Lombrail Pierre, Lang Thierry, Pascal Jean. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 61-71;

doi : https://doi.org/10.3406/oss.2004.995;

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_995;

Fichier pdf généré le 11/04/2024

Abstract

France stands out among European countries for its level of health inequalities. Although most of these inequalities are explained by societal factors, the health care system is partly responsible because of its unequal access to primary care (contact with the health care system) and secondary care (recognition and management of problems by the health care system). Although there are few data available in our country (the situation has been hidden for a very long time), they are nevertheless convergent and attest to inequalities of access to secondary care, both curative and preventive. It is suggested that while (probably) the majority of these inequalities are due to omission, linked to the operating inertia of a health care system that does not recognize these inequalities and has no plan to catch up, others can be characterized as constructed inequalities. This implies not taking account of health inequalities in the development of certain institutional programs or recommendations on medical practice and thus ending up with management procedures that do not reduce inequalities to a minimum but even contribute to increasing them. While the correction of inequalities due to omission depends on in-depth transformations of the health care system that are difficult to achieve in the short-term, the recognition of constructed inequalities may point to more immediately accessible opportunities for action.

Résumé

La France se singularise en Europe par l'importance des inégalités de santé. Si l'essentiel de ces inégalités s'explique par des facteurs sociétaux, le système de soins a sa part de responsabilités du fait d'inégalités d'accès aux soins primaires (contact avec le système de soins) et secondaires (reconnaissance et prise en charge des problèmes par le système de soins). Les données sont peu nombreuses dans notre pays (la situation a été très longtemps occultée), mais convergentes, et attestent d'inégalités d'accès aux soins secondaires, tant curatifs que préventifs. Nous proposons de considérer que si la majorité (probablement) de ces inégalités sont des inégalités par omission, liées à l'inertie du fonctionnement d'un système de soins qui méconnaît ces inégalités et n'a aucun projet de rattrapage, d'autres peuvent être qualifiées d'inégalités par construction: la non prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale aboutit à des modalités de prise en charge qui a minima ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer. Si la correction des inégalités par omission relève de transformations en profondeur du système de soins difficiles à obtenir à court terme, la reconnaissance d'inégalités par construction désigne peutêtre des opportunités d'action plus immédiatement accessibles.

BY: $ = creative commons

Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?

Pierre Lombrail – FRANCE
Professeur des Universités et chercheur au Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes

Jean Pascal – FRANCE
Chargé d'enseignement et de recherche au Laboratoire de santé publique, Nantes

Thierry Lang – FRANCE
Professeur des Universités au Laboratoire d'épidémiologie IFR 126 Santé Société, Faculté de médecine, Toulouse

RÉSUMÉ La France se singularise en Europe par l'importance des inégalités de santé. Si l'essentiel de ces inégalités s'explique par des facteurs sociétaux, le système de soins a sa part de responsabilités du fait d'inégalités d'accès aux soins primaires (contact avec le système de soins) et secondaires (reconnaissance et prise en charge des problèmes par le système de soins). Les données sont peu nombreuses dans notre pays (la situation a été très longtemps occultée), mais convergentes, et attestent d'inégalités d'accès aux soins secondaires, tant curatifs que préventifs.

Nous proposons de considérer que si la majorité (probablement) de ces inégalités sont des inégalités par omission, liées à l'inertie du fonctionnement d'un système de soins qui méconnaît ces inégalités et n'a aucun projet de rattrapage, d'autres peuvent être qualifiées d'inégalités par construction : la non prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale aboutit à des modalités de prise en charge qui *a minima* ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer. Si la correction des inégalités par omission relève de transformations en profondeur du système de soins difficiles à obtenir à court terme, la reconnaissance d'inégalités par construction désigne peut-être des opportunités d'action plus immédiatement accessibles.

ABSTRACT *France stands out among European countries for its level of health inequalities. Although most of these inequalities are explained by societal factors, the health care system is partly responsible because of its unequal access to primary care (contact with the health care system) and secondary care (recognition and management of problems by the health care system). Although there are few data available in our country (the situation has been hidden for a very long time), they are nevertheless convergent and attest to inequalities of access to secondary care, both curative and preventive.*

It is suggested that while (probably) the majority of these inequalities are due to omission, linked to the operating inertia of a health care system that does not recognize these inequalities and has no plan to catch up, others can be characterized as constructed inequalities. This implies not taking account of health inequalities in the development of certain institutional programs or recommendations on medical practice and thus ending up with management procedures that do not reduce inequalities to a minimum but even contribute to increasing them. While the correction of inequalities due to omission depends on in-depth transformations of the health care system that are difficult to achieve in the short-term, the recognition of constructed inequalities may point to more immediately accessible opportunities for action.

"The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served."
(Julian Tudor Hart, "The inverse care law", 1971)

Du système de santé français, on pourrait retenir la version flatteuse du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en l'an 2000 (qui voudrait que la France ait «le meilleur système de santé du monde») tout en oubliant les réserves qui s'y trouvaient, notamment en matière d'équité. Pourtant, la France est marquée par de fortes inégalités sociales (et spatiales) de santé (HCSP, 2002). L'origine de ces inégalités de santé fait débat, certains y voyant avant tout l'effet d'une précarisation de la situation sociale d'un nombre croissant de nos concitoyens (Chauvin et Lebas, 1998) quand d'autres soulignent un gradient plus général qui traverse toute la société (Leclerc *et al.*, 2000).

Sur la base de données anciennes qui concernent la mortalité, la contribution des soins à la santé est habituellement considérée comme secondaire (Evans *et al.*, 1996). Le système de soins serait alors peu impliqué dans le maintien ou l'amplification des inégalités sociales de santé. Aujourd'hui, si le poids des déterminants extérieurs au système de santé est bien documenté et paraît effectivement prépondérant, il est difficile d'évaluer précisément ce qui revient aux soins, du fait de l'évolution des techniques et de leur efficacité croissante (Mackenbach, 2003). Quoi qu'il en soit, l'existence d'inégalités de prise en charge est reconnue de longue date dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, au point même que l'existence de «pertes de chances» (traduction libre de «achievable benefits not achieved») a été proposée comme méthode de sélection des thèmes de formation médicale continue (Williamson *et al.*, 1968).

Pour être utile à une réflexion sur le système de soins en France, le débat sur l'accès aux soins nécessite de différencier ce qui relève de l'«accès primaire», c'est-à-dire l'entrée dans le système ou son degré d'utilisation, et de l'«accès secondaire», à savoir la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact (Lurie, 1997). La part des difficultés d'accès secondaire, qui concernent aussi bien l'utilisation que la délivrance des soins, est moins documentée, mais semble bien réelle.

Il existe en effet des inégalités notables d'accès primaire aux soins. Si elles sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (Grignon et Perronnin, 2003) ou plus radicalement l'accès toujours plus difficile à une protection sociale pour les étrangers en situation irrégulière (Delbecchi *et al.*, 1999), elles concernent l'ensemble de la population, même si elles sont plus ou moins marquées selon les postes de dépense (Raynaud, 2002). À structure d'âge et de sexe identiques, les indices de dépenses totales de santé sont décroissants avec le niveau social : les ouvriers non qualifiés génèrent plus de dépenses (+15 % par rapport au niveau moyen) et les agriculteurs et artisans le moins (-29 et -12 % respectivement). Les dépenses totales plus élevées des ouvriers s'expliquent par le poids des dépenses d'hospitalisation. « Un des éléments d'explication envisageable (…) pourrait être un recours plus tardif ou moins régulier au système de soins, qui passerait plus souvent par l'hospitalisation pour les individus appartenant à un ménage dont la personne de référence appartient au bas de l'échelle sociale. Cette hypothèse est corroborée par la plus forte consommation de soins ambulatoires qui s'observe chez les cadres (+12 %)». Au sein des dépenses ambulatoires, ce sont les dépenses dentaires et optiques qui semblent le plus fortement liées au milieu social (+58 et +67 % chez les cadres *versus* -22 et -28 % chez les ouvriers non qualifiés et -55 et -43 % pour les agriculteurs).

L'ensemble de ces variations ne peuvent être en toute rigueur qualifiées d'inégalités. Une partie d'entre elles ne correspond pas nécessairement à des besoins de soins, ni même à une qualité de soins supérieure et il ne s'agit que de disparités. Il en est ainsi de la consommation de soins ambulatoires de spécialistes, dont on ne saurait affirmer que les résultats sanitaires sont, pour la prise en charge de certaines pathologies, préférables à des soins délivrés en médecine générale. Cette consommation semble être essentiellement la conséquence de la possibilité de libre choix par les patients du type de praticien

qu'ils souhaitent consulter, libre choix qui est un des piliers de la médecine libérale française. Il semble donc utile de garder le terme de disparités de soins et de n'employer le terme d'inégalités que lorsque des besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques.

Au-delà de disparités flagrantes d'accès primaire aux soins, il existe bien des inégalités d'accès secondaire aux soins. Elles nous semblent rentrer dans deux catégories : inégalités par omission et inégalités par construction. Nous parlerons d'inégalités de soins par omission quand le système de soins produit de l'inégalité par défaut dans le cadre de son fonctionnement en routine, marqué en France par la prédominance de soins curatifs délivrés en réponse à une demande individuelle : ces inégalités ne relèvent pas systématiquement d'une intentionnalité explicite. Elles concernent essentiellement les trajectoires et les interactions entre soignants et soignés. Les défauts de coordination entre professionnels ou structures à l'intérieur d'un système de soins fragmenté ont été identifiés depuis longtemps (Nutting *et al.*, 1981). Ils ont pour conséquence d'altérer la qualité des soins et donc leurs résultats. Nous parlerons d'inégalités de soins par construction quand la conception du système de soins ou des modalités programmées de fonctionnement explicitement formulées produisent des inégalités.

Inégalités de soins par construction et par omission relèvent assez clairement de ce que Jonathan Mann appelait « socioparésie », ou incapacité à envisager la dimension sociale des problèmes de santé, et nous étendons aux soins ce qu'il appliquait à la santé publique (Mann, 1998). Ces inégalités nous semblent mériter discussion à la lumière des données qui suivent. Ces dernières ne prétendent pas à l'exhaustivité ; les soins donnés pour certains problèmes de santé, comme les handicaps (Mormiche, 2001), la santé mentale (Sicot, 2001), le cancer (Herbert *et al.*, 2002), ou à certains groupes de population, comme les personnes âgées (Dorozynski, 2003), les détenus (Duhamel *et al.*, 2001) ou les migrants (Bourdillon *et al.*, 1991), nécessiteraient examen à eux seuls.

Inégalités par omission

Même si des disparités aussi majeures que celles rapportées aux États-Unis, indiquant que la probabilité de subir une angiographie après un infarctus du myocarde est plus faible chez les noirs américains, catégorie utilisée comme substitut de catégorie sociale (Lang *et al.*, 1998), un ensemble de données indiquent que ces différences de prise en charge existent plus discrètement, mais réellement dans notre pays. Elles s'observent au fil des trajectoires de soins ou plus ponctuellement au cours de contacts élémentaires pour des soins curatifs ou préventifs (ce qui renvoie aux deux premiers des trois niveaux de l'organisation de l'offre de soins distingués par Contandriopoulos *et al.* [2000] : interaction ponctuelle, épisode de soins, organisation/système). La prise en compte de données provenant des États-Unis, outre leur abondance, nous paraît éclairante du fait de la forte composante libérale des systèmes de santé de nos deux pays malgré la différence fondamentale des deux systèmes de protection sociale.

Constats

Inégalités par omission au long de trajectoires de soins

En l'absence de tout obstacle financier, les trajectoires des patients dans le système de soins semblent varier selon leur statut social, leur niveau d'étude. Ainsi, certains consultants des services d'accueil des urgences hospitalières sont des « habitués ». Par exemple, dans le service d'urgences d'un grand hôpital pédiatrique parisien, 32 % des enfants avaient consulté trois fois au moins dans les six mois précédant la consultation d'urgence étudiée. Ce recours itératif était plus fréquent si la famille déclarait l'hôpital comme source de soins principale en cas de problème de santé de l'enfant, si la visite était un recours direct (sans passer par une consultation préalable en ville) et si la famille était monoparentale. Le passage aux urgences permettait de constater un suivi médical antérieur généralement défaillant (ces enfants avaient une couverture vaccinale moins bonne que les autres et des pédiatres jugeaient plus souvent nécessaire de faire un point sur leur état de santé), mais ce mode de recours en urgence génère lui-même des difficultés de gestion de la continuité des soins compliquant le rattrapage

de certains besoins à ce niveau ou en partenariat avec des acteurs mal identifiés en aval de ce passage (Lombrail *et al.,* 1997).

Dans une étude menée à partir des données des registres des cardiopathies ischémiques Monica, une constatation cohérente avec la perception traditionnelle, égalitaire, de l'hôpital français a été rapportée. Après un infarctus du myocarde, la prise en charge hospitalière ne différait pas entre les catégories sociales, témoignant ainsi d'une singularité de la situation française par rapport à ce qui a été rapporté aux États-Unis. Les données de ce travail suggèrent cependant que les trajectoires de soins qui précèdent l'événement coronarien aigu diffèrent fortement. En effet, la mortalité préhospitalière et la mortalité totale 28 jours après l'événement aigu étaient moins élevées pour les catégories sociales favorisées. Ces dernières avaient aussi des antécédents plus fréquents d'explorations coronaires (coronarographie, épreuves d'effort) suggérant que la prise en charge avant l'événement aigu ait été plus approfondie, plus spécialisée que dans les autres groupes. On peut poser l'hypothèse que la séquence d'exploration ambulatoire est différente après la découverte d'une douleur thoracique selon le milieu social des patients dans la mesure où la consommation de soins des personnes semble attester que l'accessibilité n'est pas le problème majeur et qu'il s'agit plutôt de la nature de l'interaction entre ces personnes et l'appareil de soins (Lang *et al.,* 1998).

Plus récemment, les suites de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ont montré la difficulté des populations les plus défavorisées socialement à rejoindre et utiliser le système de soins habituel, « de droit commun », après la phase initiale pendant laquelle des soins spécialisés de proximité en santé mentale avaient été proposés dans les quartiers par des Organisations non gouvernementales (ONG) ou des associations (Lang *et al.,* 2002) (cette usine chimique était située dans l'agglomération toulousaine même, à proximité de quartiers d'habitats dit « sociaux »).

Inégalités par omission au cours de contacts élémentaires

Pour des soins curatifs

Dans les années 80, dans un contexte aussi spécifique que l'hémodialyse itérative de l'insuffisance rénale, l'influence de la catégorie socioprofessionnelle sur le traitement était nette. Si les taux de survie ne différaient pas significativement, la prescription d'un certain nombre de médicaments et de transfusions sanguines était plus fréquente dans les catégories des cols blancs (Rozenbaum, 1983). Plus récemment, il a été observé, avant le rebondissement de la controverse sur les avantages et les risques de ce traitement, que la prescription de traitement hormonal substitutif de la ménopause était plus rare chez les femmes de faible niveau d'instruction (Ringa *et al.,* 1997). De telles disparités ont également été notées en matière de trithérapie antivirale chez les malades du sida usagers de drogues par voie intraveineuse qui continuaient à s'injecter leur produit (Carrieri *et al.,* 1999).

Pour des soins préventifs

Le déficit de soins préventifs peut s'illustrer dans notre pays à travers les variations de couverture vaccinale selon l'appartenance sociale telles qu'on peut les connaître par exemple à travers le Baromètre santé de l'ex CFES chez les enfants comme chez les adultes (Janvrin, Baudier, 1996). Chez les adultes, plusieurs caractéristiques sociales sont associées au fait de s'être fait vacciner dans les dix ans contre une maladie au moins : être de sexe masculin, appartenir à la tranche d'âge 16-24 ans, être une personne seule, avoir fait des études, appartenir aux catégories de cadres ou de professions intermédiaires, avoir un revenu supérieur à 6600 francs mensuels, avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année et se sentir en meilleure santé que des personnes du même âge.

Des observations anciennes mais toujours d'actualité faites aux États-Unis montrent clairement comment se cumulent difficultés d'accès aux soins primaires et secondaires dans la construction des inégalités sociales de statut vaccinal (Nutting *et al.*, 1981). Dans une structure privée, 32 % des enfants vus étaient vaccinés et une vaccination n'était pratiquée que lors de 22 % des visites où elle aurait été indiquée : les responsables de cette structure avaient considéré que les enfants recevaient leurs vaccinations du dispensaire public voisin. Dans ce dispensaire, le taux de vaccination par visite n'était que de 24 %. Lors d'une réunion conjointe, son équipe indiqua qu'elle avait fait l'hypothèse que c'était l'autre

qui assurait la continuité du processus vaccinal. Les deux structures décidèrent de renforcer leur activité vaccinale, ce qui permit de tripler la couverture. Une situation différente s'observait dans un réseau de soins coordonné voisin (HMO) : bien que les équipes aient délivré un vaccin dans 86 % des cas où il était indiqué, la couverture vaccinale de la population cible n'était que de 58 %. Ces données suggéraient que le facteur limitant était l'accès aux soins préventifs. Une étude complémentaire confirma que les enfants n'entraient le plus souvent en contact avec le système de soins que lorsqu'ils étaient malades. Ceci illustre le problème posé par les opportunités préventives perdues lors des visites pour soins curatifs. Les auteurs suggèrent que si le système de soins fonctionne bien pour des utilisateurs de risque moyen, il n'est pas organisé pour assurer une prise en charge globale, notamment préventive, des usagers à haut risque, ceux qui n'utilisent le système qu'en situation de crise pour un besoin curatif. Des observations voisines ont été faites en Europe. Une étude espagnole illustre bien l'intrication des facteurs de risque individuels et systémiques (Del Mar Garcia Calvente *et al.*, 1993). Cette étude cas-témoins, dans le district de Murcia en 1990, incluait 380 enfants de 3 ou 4 ans, mal ou pas vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ou la rougeole, les oreillons et la rubéole et un nombre équivalent de témoins a permis d'identifier des caractéristiques plus fréquentes chez les enfants de famille nombreuse, habitant certains quartiers, plus avancé en âge et né dans un hôpital public. Des groupes nominaux conduits avec des professionnels pointaient des dysfonctionnements systémiques : manque de coordination entre services sanitaires et sociaux, mauvaise gestion des registres vaccinaux, absence de stratégie pour atteindre les enfants à haut risque susceptibles d'échapper à la vaccination. Enfin des entretiens auprès de mères identifiaient des difficultés d'accès et des défauts d'information.

Nous avons fait des observations voisines en milieu hospitalier : le retard ou l'absence d'un certain nombre d'indicateurs de prévention (vaccination antitétanique, dépistage du cancer du sein ou de l'utérus, etc.) présents avant l'hospitalisation chez les personnes de faible niveau d'éducation ou d'origine immigrée restaient inchangés à la sortie de l'hospitalisation (Lombrail *et al.*, 1988). Ces données montrent bien que le déficit de prise en charge ne relève pas ici du simple accès primaire mais des modalités de prise en charge proposées par l'institution et les professionnels.

Inégalités de résultats

Une étude menée auprès de consultants d'hôpitaux publics dans la région des pays de la Loire a montré que si plus de 80 % des femmes âgées de 20 à 65 ans avaient déjà bénéficié d'un frottis du col de l'utérus, les consultantes en situation de vulnérabilité sociale avaient moins souvent bénéficié de ce dépistage et reçu moins de propositions pour le réaliser que les consultantes non vulnérables. Quand les consultantes en avaient bénéficié, le délai de réalisation était plus souvent supérieur à trois ans chez celles en situation de vulnérabilité sociale que chez les autres (Pascal *et al.*, 2002). Les consultantes en situation de vulnérabilité sociale, en particulier celles déclarant avoir des difficultés avec la langue française ou ne pouvoir bénéficier d'aucune aide de leur entourage en cas de problèmes de santé, présentaient moins souvent que les autres une prévention gynécologique (dépistage cancer du col et du sein) conforme aux recommandations nationales (Abbey-Huguenin *et al.*, 2003).

Des inégalités sociales de santé sont de plus en plus rapportées dans la prise en charge des maladies chroniques. En matière de prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), dans une population de 30 000 salariés représentatifs de la population active française, le dépistage et la mise sous traitement de l'HTA ne différaient pas selon les catégories sociales. Mais le résultat des soins, objectivé par le contrôle tensionnel et obtenu par le traitement, dessinait un gradient social net. Le contrôle thérapeutique était d'autant plus fréquent que la catégorie sociale était favorisée (Gaudemaris *et al.*, 2002).

Des données nord-américaines suggèrent également que le risque iatrogène obéit à une stratification sociale. Les données de la Harvard Medical Practice Study ont montré que si le risque d'événements indésirables graves (entraînant un décès, une incapacité fonctionnelle ou une prolongation du séjour hospitalier) ne variait pas selon la couverture sociale, la part liée à une négligence était trois fois plus fréquente chez les malades

hospitalisés sans couverture sociale (Burstin *et al.*, 1992). Par ailleurs, il semble que la fréquence des hospitalisations évitables soit plus élevée dans les groupes sociaux les plus vulnérables (Pappas *et al.*, 1997). Ces données mériteraient d'être vérifiées dans notre pays. Mais la première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins en cours n'a pas prévu le recueil des caractéristiques sociales des personnes hospitalisées et aucune analyse secondaire sera possible contrairement au précédent américain.

Hypothèses explicatives

Trois acteurs principaux interviennent dans le processus de soins engagé après un accès primaire : les institutions, les professionnels de santé dans leur interaction avec les patients et enfin les patients eux mêmes. Selon les cas, ni les institutions ni les professionnels ne sont en situation de prendre en compte des inégalités de besoins du fait de leur contexte d'exercice, ou bien ils les ignorent ce qui peut se rapporter à la socioparésie décrite par Mann.

Institutions

Les obstacles structurels peuvent venir du manque de personnel. C'est notamment le cas des travailleurs sociaux à l'hôpital quand la dégradation des conditions de vie d'une partie croissante de la clientèle nécessiterait une intervention toujours plus fréquente et plus lourde et que les effectifs restent, au mieux, constants (Ozguler *et al.*, 1998). En matière de santé bucco-dentaire, les mêmes groupes socialement défavorisés chez lesquels l'incidence de la carie ne diminue pas sont ceux pour lesquels une démarche de soins relève du parcours d'obstacles. Parcours que la plupart vont abandonner en cours de route si une démarche spécifique d'accompagnement ne leur est pas proposée (Azogui-Levy *et al.*, 2003). Au début des années 80, dans un grand hôpital parisien, les malades diabétiques traités par l'insuline qui ne maîtrisaient pas suffisamment l'usage de la langue française ne pouvaient bénéficier du cycle d'éducation organisé à l'époque exclusivement pour les malades francophones (Obadia *et al.*, 1986). L'absence de prise en compte du parcours erratique des « habitués » des urgences signalé plus haut pour les enfants relève de ce même mécanisme dans le cadre du fonctionnement habituel d'un service d'accueil des urgences à l'hôpital public.

Professionnels : interactions soignants-soignés

En ville, malgré une implication traditionnellement forte en matière préventive, les médecins généralistes libéraux rencontrent des difficultés à toucher leurs clients les plus à risque. Un audit sur le dépistage mammographique du cancer du sein a montré par exemple que « les médecins ont moins tendance à proposer le dépistage aux femmes étrangères, aux travailleuses manuelles salariées, aux femmes les plus âgées, et à celles qu'ils connaissent depuis le plus longtemps » (Aubert *et al.*, 1995).

On sait que la conception que les médecins ont de leurs missions est liée à leurs pratiques effectives (Rebelsky *et al.*, 1996). Plus simplement, il est connu que la relation des médecins généralistes aux substances addictives influence fortement leurs pratiques de prévention. Un baromètre santé du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a montré que ceux « qui ne consomment pas de boissons alcoolisées tous les jours étaient 48 % à estimer avoir un rôle très important dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme versus 33,9 % seulement pour ceux qui le font » (Arènes *et al.*, 1996). Mais le niveau social de la clientèle joue également un rôle : les médecins dont moins de 10 % de la clientèle bénéficiait de l'aide médicale étaient plus nombreux que les autres à estimer que le généraliste avait un rôle « très important » en éducation pour la santé en matière d'alcoolisme. Une hypothèse explicative est que les médecins libéraux sont libres de choisir leur lieu d'installation, ce qui les amène à sélectionner leur clientèle en fonction des caractéristiques de la population environnant leur cabinet ; il est probable que ceux qui sont installés dans des quartiers plus défavorisés sont plus rompus que les autres à traiter certains problèmes sociaux.

Plus rarement, les soignants se censurent ou adoptent une conduite différenciée, moins exigeante et plus économe (à court terme) vis-à-vis de publics en difficulté. Nous en donnerons deux exemples.

Une étude des dépenses de santé remboursées menée dans le sud de la France fait apparaître deux groupes de consommation médicale. Les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion se différenciaient peu des

autres assurés en matière de consultations, visites et frais de séjour ; en revanche, ils consommaient significativement moins d'actes faisant l'objet d'une prescription médicale : petits actes techniques (cotés par la lettre-clé K), médicaments, analyses, soins paramédicaux et soins dentaires. Si, dans le cas des soins dentaires, un différentiel de remboursement pouvait expliquer une barrière économique à l'accès aux soins, c'est plutôt une gestion différentielle des problèmes de santé par le corps médical qui semble en cause pour les autres soins (Bourret *et al.*, 1993).

Le deuxième exemple, bucco-dentaire, suggère une interprétation voisine. À partir de l'examen de la demande d'entente préalable à la prise en charge des soins par l'assurance maladie de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) comparés à d'autres assurés du régime général en 2001, les praticiens-conseils de l'assurance maladie ont observé que la qualité de la remise en état bucco-dentaire avant prothèse était nettement moins bonne chez les bénéficiaires de la CMU : 37 % avaient des dents cariées à traiter et 17 % des dents à extraire contre respectivement 31 et 11 % chez les patients du régime général (Borgès Da Silva *et al.*, 2002).

Patients : perception de la santé

Ces omissions de soins sont facilitées par le fait que les bénéficiaires potentiels des soins ont une capacité inégale à identifier leurs besoins et/ou à formuler leurs attentes. Les enquêtes commandées en 1992 et en 1997 au CREDOC, par le Haut comité de la santé publique (HCSP), pour connaître la perception que les Français ont de leur état de santé (Le Quéau et Olm, 1999), montrent que les ouvriers et encore plus les demandeurs d'emploi ont des exigences moindres vis-à-vis de leur santé quand ce sont eux qui ont l'état de santé perçu le moins bon. Si 53 % des cadres se déclarent non limités par leur santé et 37 % très satisfaits de leur santé, ce ne sont plus respectivement que 38 % et 23 % des ouvriers. Surtout, parmi les personnes limitées pour effectuer des gestes quotidiens, si 12 % des cadres se déclarent satisfaits de leur état de santé, ce sont 19 % des ouvriers et 21 % des chômeurs. Dans l'enquête de population menée après la catastrophe AZF de Toulouse, pour les personnes habitant dans les quartiers les plus touchés par l'explosion, et en même temps les plus défavorisés socialement, la prévalence des séquelles physiques et le retentissement sur la santé mentale étaient les plus élevés. C'est aussi dans ce quartier que la perception de leur propre santé était la plus favorable (Lapierre *et al.*, 2003).

Inégalités par construction ?

Dans un certain nombre de situations, la « tache aveugle » que représente la question des inégalités sociales de santé a pour effet d'inscrire dans la nature même des programmes institutionnels ou des recommandations de pratique médicale, des dispositifs qui non seulement ne réduisent pas les inégalités sociales, mais à l'inverse contribuent à les accentuer. Quelques exemples en sont avancés ci-dessous.

Nous commencerons par rappeler que l'appareil statistique lui-même renseigne difficilement sur les groupes les plus vulnérables (Dumesnil *et al.*, 1999) ce qui a conduit le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) à enquêter auprès des consultants des centres de soins gratuits (Mizrahi *et al.*, 1993) ou l'Institut national d'études démographiques (INED) à concevoir une enquête spécifique auprès des personnes sans domicile fixe (Marpsat, 2000). Ceci confère un rôle particulier de sa vigilance au secteur associatif (qu'il s'agisse de Médecins sans frontières, de Médecins du Monde ou du SAMU social). Mais au-delà de ces considérations systémiques, on peut s'interroger sur le fait de savoir si le silence des systèmes d'information des institutions de soins, notamment des établissements de santé, sur la situation sociale des personnes qui les fréquentent, ne les prive pas d'une possibilité d'adapter la nature de leurs prestations aux besoins de ces personnes.

La médecine du travail est un exemple d'organisation dont le cadre d'exercice limite les possibilités d'intervention dans le domaine des inégalités sociales de santé. Nombre de travailleurs intérimaires et, par construction, les salariés précaires échappent aux visites médicales et au tiers temps consacré à l'amélioration des conditions de travail. La surveillance institutionnellement organisée s'interrompt avant l'apparition de certaines maladies professionnelles qui, de ce fait, sont inconstamment reconnues comme telles (Thébaud-Mony,

1991), or l'exposition professionnelle est fortement différenciée socialement (Héran-Leroy et Sandret 1996). L'étude SUMER, menée par 1200 médecins du travail, a montré par exemple que la proportion de salariés exposés aux nuisances sonores varie de 10% pour les cadres à 47% pour les ouvriers. Les contraintes articulaires sont présentes chez respectivement 4% des cadres et 49% des ouvriers et atteignent même 60% des «ouvriers non qualifiés de type industriel». Si le cas de la médecine du travail ne peut se rattacher en toute rigueur qu'indirectement à la problématique de l'accès secondaire, au minimum du fait des pertes de chances induites par la non-identification de pathologies professionnelles, les difficultés de reconnaissance de l'origine professionnelle de certains troubles créent *de facto* des problèmes d'accès secondaire par une moindre compensation sociale de leurs conséquences. La sous-déclaration et la sous-indemnisation de ces maladies est pourtant notoire dans notre pays et ceci prend une de ses sources dans les conditions d'exercice des médecins du travail, sous contrainte patronale. Un exemple parlant est le décalage des données de prévalence produites à partir de l'activité de routine de ces praticiens et celles, plus élevées, qui résultent de travaux épidémiologiques qui s'abstraient de l'obligation de négociation entre praticiens et employeurs (payeurs de la couverture sociale des risques professionnels dans notre pays) (Dodier, 1993).

Certains protocoles de soins enfin, du fait de leur ignorance de la différenciation sociale des risques dits «individuels», construisent mécaniquement de l'inégalité. Il en est ainsi du débat sur le calcul du risque cardiovasculaire absolu comme base de la décision pour initier un traitement de prévention cardiovasculaire. Dans cette approche, la mise en route du traitement médicamenteux serait décidée, non plus sur une valeur seuil atteinte par tel ou tel facteur (pression artérielle, cholestérolémie, etc.), mais sur l'estimation d'un risque pour un individu. Ce calcul repose sur un modèle biomédical pur, les variables étant exclusivement biologiques et médicales (pression artérielle, lipidémie, etc.). Aucun élément du contexte social ne figure dans ces équations. Or, la littérature souligne leur rôle dans le domaine des cardiopathies ischémiques, qu'il s'agisse des contraintes organisationnelles, de l'isolement ou d'un faible support social, d'un niveau d'études peu élevé, d'une catégorie sociale défavorisée ou encore d'une dépression. Ces facteurs de risque ne sont pas marginaux, avec des risques relatifs compris entre deux et cinq. La conséquence de cette vision est une sous-estimation importante du risque pour les groupes socialement à haut risque cardiovasculaire, qui cumulent souvent plusieurs de ces facteurs de risque psychosociaux. La même réflexion vaut pour les populations noires, des Antilles par exemple, dont le risque est supérieur au risque «calculé». Il s'ensuit que le traitement serait proposé sur cette base pour des risques calculés identiques, mais en réalité plus élevés dans ces catégories déjà plus touchées par ces maladies. Dans cet exemple, un accroissement des inégalités sociales de santé découle, *par construction*, de l'adoption d'un modèle biomédical (Lang *et al.*, à paraître). Enfin, on peut légitimement s'interroger sur la portée de certains programmes institutionnels comme les démarches qualité à l'hôpital. En cherchant à optimiser le service rendu à une clientèle qui sait s'orienter dans le système de soins, ces démarches risquent de majorer les inégalités de prise en charge au détriment des personnes qui ont des difficultés d'accès (Epstein, 2004).

Conclusion

La question des inégalités sociales de santé a été abordée sous l'angle réducteur de l'accès aux soins. À l'intérieur de ce cadre, il apparaît nécessaire de réfléchir au-delà de l'accès théorique et de l'accès primaire aux soins. Certes, ces deux premières étapes sont cruciales dans la mesure où elles mettent en contact le patient avec le système de soins. Encore faut-il s'interroger sur la suite de ce premier contact. Les données, en nombre limité, suggèrent que la prise en charge, le suivi et en somme la qualité des soins ne sont pas égales pour tous et que se reproduisent à l'intérieur du système les inégalités constatées en matière d'incidence et de mortalité. Le système de soins pourrait donc, au minimum ne pas contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et même dans certains cas les aggraver. Les conséquences de l'absence de prise en compte du contexte social et économique des patients, tant au niveau individuel qu'institutionnel, voire au niveau théorique, est donc un élément sur lequel les travaux de recherche devraient s'orienter et les politiques sanitaires s'interroger.

Bibliographie

Abbey-Huguenin H., Pascal J., Lombrail P., Nguyen J.M. (2003). Identification des facteurs associés au niveau de prévention médicale des consultants de l'hôpital public, Lille, SFB-ADELF, Actes du colloque *Biométrie et épidémiologie,* 15-16/09 : 116-18.

Arènes J., Baudier F., Moatti J.P. (1996). Le métier de généraliste et la prévention, *in Baromètre santé 94/95 médecins généralistes,* CFES, 54-74.

Aubert J.P., Falcoff H., Florès P. *et al.* (1995). Dépistage mammographique individuel du cancer du sein, *Revue du Praticien – Médecine Générale,* 9 (300) : 40-51.

Azogui-Levy S., Lombrail P., Riordan P.J. *et al.* (2003). Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb, *Community Dental and Oral Epidemiology*, 31 : 285-91.

Borgès Da Silva G., Minguet-Fabbri J., Orgebin J.Y., Herter G., Chanut C., Mabriez JC. (2002). Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé, *Revue médicale de l'assurance maladie,* 33 : 193-200.

Bourdillon F., Lombrail P., Antoni M. *et al.* (1991). La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medicine,* 32 : 1219-27.

Bourret P., Chanut C., Mosse P. (1993). La santé des pauvres : entre spécificité et généralité, *Solidarité Santé. Études statistiques*, 3 : 17-25.

Burstin H.R., Lipsitz S.R., Brennan T.A. (1992). Socioeconomic status and risk for substandard medical care, *Journal of the American Medical Association (JAMA),* 268 : 2383-87.

Carrieri M.P., Moatti J.P., Vlahov D., Obadia Y., Reynaud-Maurupt C., Chesney M. and the MANIF 2000 Study Group (1999). Access to antiretroviral treatment among french HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 : 4-8.

Chauvin P., Lebas J. (1998). La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé, *in* Lebas J., Chauvin P. (éds), *Précarité et santé,* Flammarion, Paris.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* 48 : 517-39.

De Gaudemaris R., Lang T., Chatellier G. *et al.* for the IHPAF Working physicians group. (2002). Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care. Results of an epidemiologic study on 30 000 subjects at the workplace in France, *Hypertension,* 39 : 1119-25.

Del Mar Garcia Calvente M., Lopez Fernandez L.A., Sanchez-Cantalejo E. (1993). Identification of factors associated with deficient immunization coverage, *European Journal of Public Health,* 3 : 97-103.

Delbecchi G., Jollet C., Fleury F., Fontaine A., Veisse A. (1999). Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Île-de-France, *Presse médicale*, 28 : 1-5.

Dodier N. (1993). *L'expertise médicale,* Métaillé, Paris, 367.

Dorozynski A. (2003). Heat wawe triggers political conflict as French death rates rise, *British Medical Journal,* 327 : 411.

Duhamel A., Renard J.M., Nuttens M.C., Devos P., Beuscart R., Archer E. (2001). Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* 49 (3) : 229-38.

Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A. (1999). *Santé, soins et protection sociale en 1997*, CREDES, Paris.

Epstein A.M.(2004). Health care in America. Still too separate, not yet equal, *New England Journal of Medicine,* 351 : 603-5.

Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R. (sous la direction de) (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie,* John Libbey Eurotext, Paris, 359.

Grignon M., Perronnin M. (2003). Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins, *Questions d'économie de la santé,* nº 74.

Hart J.T. (1971). The inverse care law, *The Lancet,* I : 405-12.

Haut comité de la santé publique (2002). *La santé en France, 2002,* La Documentation française, Paris.

Héran-Leroy O., Sandret N. (1996). Exposition aux contraintes et nuisances dans le travail, *Premières synthèses*, DARES, 96 : 31-2

Herbert C., Levèvre H., Gignoux M., Launoy G. (2002). Influence du groupe socio-professionnel et du lieu de résidence sur la prise en charge et la survie des cancers digestifs. Étude en population – département du Calvados, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* 50 : 253-64.

Janvrin M.P., Baudier F. (1996). Vaccinations : statuts personnel et familial, *in Baromètre santé 1994/95 médecins généralistes.* CFES, 1996 : 89-111

Lang T., Cassadou S., Gourier-Fréry C., Schwoebel V. (2002). Suivi épidémiologique des conséquences sanitaires d'une catastrophe industrielle : l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, septembre 2001, Journées scientifiques de l'InVS, Paris, 3-4 décembre.

Lang T., Ducimetiere P., Arveiler D. *et al.* (1998). Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64, *Journal of Epidemiology Community Health,* 52 (10) : 665-71.

Lang T., Inamo J. (à paraître). Cardiovascular risk estimation and decision: limits and pitfalls.

Lapierre K., Schwoebel V., Fatras J.Y. *et al.* (2003). Pour le Comité Opérationnel et le Comité Scientifique. Enquête épidémiologique sur les conséquences de l'explosion de l'usine AZF auprès de la population toulousaine, Journées scientifiques de l'InVS, Paris, 3 Décembre.

Le Quéau P. et Olm C. (1999). La construction sociale de la perception de la santé, *Actualité et dossiers en santé publique*, nº 26 : 12.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000). *Inégalités sociales de santé,* La Découverte/Inserm, Paris, 448.

Lombrail P., Lang T., Smiejan J.M. *et al.* (1988). Le séjour hospitalier : une opportunité pour améliorer la prévention, *Semaine des hôpitaux de Paris,* 64 : 476-78.

Lombrail P., Vitoux-Brot C., Bourrillon A., Brodin M., De Pouvourville G. (1997). Another look at emergency room overcrowding: accessibility of the health services and quality of care, *International Journal for Quality in Health Care*, 9 : 225-32.

Lurie N. (1997). Studying access to care in managed care environments, *Health Services Research*, 32 : 691-701.

Mackenbach J.P. (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands, *International Journal of Health Services,* 33 : 523-41.

Mann J. (1998), Santé publique : éthique et droits de la personne, *Santé publique,* 10 : 239-50.

Marpsat M., Firdion J.M., Arbonville D. *et al.* (2000). *La rue et le foyer : Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990,* INED, Paris, 413.

Mizrahi A., Mizrahi A., Wait S. (1993). *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France,* CREDES, Paris, 62.

Mormiche P. (2001). Inégalités sociales et handicaps, *in Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID,* DREES, Série Études, nº 16, juillet : 195-207.

Nutting P.A., Shorr G.I., Burkhalter B.R. (1981). Assessing the performance of medical care systems: a method and its application, *Medical Care,* 19 : 281-96.

Obadia G., Lombrail P., Thibult N., Eschwege E., Passa Ph. (1986). Prise en charge hospitalière du diabète insulino-traité chez les immigrés africains en France, *Diabète et Métabolisme,* 12 : 16-20.

Ozguler A., Alfaro C., Bonniaux G., Renders P., Blot P., Brodin M. (1998). Problèmes sociaux rencontrés lors du suivi prénatal dans une maternité parisienne, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction,* 27 : 389-95.

Pappas G., Hadden W.C., Kozak L.J., Fisher G.F. (1997). Potentially avoidable hospitalizations: inequalities between US socioeconomic groups, *American Journal of Public Health*, 87 : 811-16.

Pascal J., Abbey-Huguenin H., Laboux O., Billaud E., Pouliquen B, Lombrail P. (2002). Identification des besoins de soins préventifs des consultants d'odontologie en situation de vulnérabilité sociale, *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 50 (sup 4) : 1S165-6.

Raynaud D. (2002). Les déterminants individuels des dépenses de santé, *Solidarité santé,* n° 1, janvier-mars : 29-58.

Rebelsky M.S., Hill Sox C., Dietrich A.J. *et al.* (1996), Physician preventive care philosophy and the durability of a preventive services office system, *Social Science and Medicine*, 43 : 1073-81.

Ringa V., Jaussent I., Guéguen R., Bréart G. (1997). Évolution de la prévalence du traitement hormonal substitutif de la ménopause entre 1986 et 1993 dans l'est de la France. Influence des aspects culturels, *Gynécologie internationale,* 6 : 338-42.

Rozenbaum W., Degoulet P., Aimé F., Lang T., Devries C., Réach I. (1983). Influence de la catégorie socio-professionnelle sur le traitement par hémodialyse itérative de l'insuffisance rénale chronique avancée, *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 31 : 409-22.

Sicot F. (2001). *Maladie mentale et pauvreté,* L'Harmattan, Paris, 222.

Thébaud-Mony A. (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles,* La Documentation française, Paris, 284.

Williamson J.W., Alexander M, Miller G.E. (1968). Priorities in patient care research and continuing medical education, *Journal of the American Medical Association (JAMA),* 204 : 303-8.

Woodhandler S, Himmelstein DU (1988). Reverse targeting of preventive care due to lack of health insurance, *Journal of the American Medical Association (JAMA),* 259 : 2872-4.